

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 38

SUR LES

GOMMES SYPHILITIKES

SIMULANT DES SARCOMES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 13 Décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emilien CHÉNELOT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 27 Juillet 1884, à Beutal (Doubs)



IMPRIMERIE P. COLOMBIER

30, Rue des Maisons-Neuves, angle rue Victor-Hugo
VILLEURBANNE

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911. — N° 38

SUR LES
GOMMES SYPHILITIKES
SIMULANT DES SARCOMES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 13 Décembre 1910

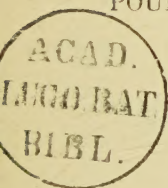
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emilien CHÉNELOT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 27 Juillet 1884, à Beutal (Doubs)



IMPRIMERIE P. COLOMBIER

30, Rue des Maisons-Neuves, angle rue Victor-Hugo
VILLEURBANNE

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. COURMONT..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....	}	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	}	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle et médicale.....	}	HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	}	BEAUVISAGE.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....	}	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....	}	MORAT.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	}	COURMONT (P.).
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....	}	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.)
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	NOGIER	TAVERNIER
REGAUD.	LESIEUR.	LATARJET	CADE
COMMANDEUR.	MARTIN (El.).	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET.	LAROYENNE.	LERICHE	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE	VORON.	THEVENOT	GUILLEMARD
PATEL.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. NICOLAS, président;
MM. PAVIOT, assesseur; LERICHE, et CADE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de reconnaissance
et de profonde affection.*

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'ÉCOLE

A la Mémoire du Docteur METOZ

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur NICOLAS

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITQUES DE L'ANTIQUAILLE

*Il nous a confié ce travail, il a
dirigé nos recherches, le meilleur
de cette étude lui appartient, nous
le prions d'agréer nos sentiments
de respectueuse reconnaissance.*

A Monsieur le Professeur Agrégé LERICHE

*Nous le prions d'accepter nos
vifs remerciements pour les obser-
vations qu'il a bien voulu nous
communiquer et pour le grand
honneur qu'il nous fait en accep-
tant de faire partie de notre Jury
de Thèse.*

A Monsieur le Docteur FAVRE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

*Qui nous aida de ses conseils
et nous témoigna toujours un bien-
veillant intérêt, qu'il veuille bien
accepter ici l'hommage de notre
vive gratitude.*

A MES MAITRES CIVILS

de Besançon et de Lyon

A MES MAITRES MILITAIRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Yvaren dans son traité sur les métamorphoses de la syphilis et des maladies qu'elle peut simuler à l'état latent, paru en 1854, appelle l'attention sur certaines formes de syphilis simulant des tumeurs malignes. Il montre que la syphilis peut simuler toutes les maladies, causer des erreurs de diagnostic et que le traitement spécifique seul, dans bien des cas, indique la nature du mal. Il manque à ses observations une base anatomo-pathologique solide. Pour Hufeland, il n'y a pas une seule maladie chronique dont la maladie vénérienne ne puisse revêtir les apparences.

Plus près de nous, Maisonneuve, puis Velpeau rapportent des cas de gommes du sein prises pour des cancers.

Reclus montre que la syphilis du testicule expose souvent à des erreurs de diagnostic et à des interventions inutiles.

En 1889, au congrès de chirurgie. Le Dentu parle d'un confrère à qui trois professeurs de la Faculté avaient conseillé l'amputation de la jambe pour un

sarcome supposé et qui guérit par le traitement syphilitique.

En 1891, M. Feulard rapporte un cas de tumeur syphilitique de la cuisse diagnostiquée sarcome que le traitement spécifique fit disparaître en deux mois et évita à un malade la perte d'un membre.

Von Esmark de Kiel rapporte un certain nombre de cas de soi-disant sarcomes qui n'étaient que des syphilomes. Il indique quelques caractères de diagnostic différentiel entre les tumeurs d'essence spécifique et les néoplasmes véritables.

En 1898, le Docteur L. Martel de Lyon parlant des pseudo-néoplasmes syphilitiques, dit que la syphilis tertiaire est essentiellement polymorphe, difficile à démasquer, et montre la nécessité du traitement d'épreuve dans les cas douteux pour le diagnostic et la thérapeutique à suivre.

Il cite à l'appui deux observations où le diagnostic hésitait entre sarcome et syphilides gommeuses du membre inférieur et où l'institution d'une thérapeutique spécifique permit seule de trancher la question de diagnostic.

Ainsi donc, si la syphilis a ordinairement une physionomie spéciale, elle peut s'en dépouiller, apparaître sous des formes diverses.

En présence de ces métamorphoses, l'erreur est facile, le diagnostic s'égare, le mal s'accroît. En vain, le médecin combat-t-il par des armes énergiques l'insidieuse maladie, il frappe l'ombre, n'atteint pas la réalité. Le malade est exposé à des traitements infructueux et parfois même à des interven-

tions chirurgicales inutiles, alors que le traitement spécifique donne des résultats inespérés. Parvenir à démasquer la nature véritable de ces productions spécifiques, c'est en assurer la guérison et éviter des méprises chirurgicales peut-être plus fréquentes qu'on ne le suppose.

Aussi, il a paru d'un grand intérêt pratique à M. le Professeur Nicolas d'attirer l'attention sur certaines gommes syphilitiques où, malgré l'examen clinique le plus consciencieux, le diagnostic de sarcome est posé et une intervention décidée.

Dans ce travail, en premier lieu, nous citerons les observations.

Nous aborderons ensuite le diagnostic basé sur l'examen clinique, l'anatomie pathologique, le traitement d'épreuve et la réaction de Wassermann dans les cas douteux.

Nous terminerons par quelques indications sur le traitement.

OBSERVATION I

(*Annales de dermatol. et syphil.* 1908 Durand, Nicolas,
Moutot, Hausser)

Pierre F..., 29 ans, se présente à la consultation chirurgicale de M. Durand, chirurgien des hôpitaux, le 15 décembre 1909, pour une lésion de la première phalange de l'index gauche, consistant dans une tuméfaction notable de cette phalange, avec ulcération bourgeonnante de sa face palmaire.

ANTÉCÉDENTS. — Adénite cervicale suppurée à 15 ans, n'a pas fait de service militaire. A 25 ans, en 1904, chancre syphilitique, en mai 1907 des douleurs articulaires généralisées surtout vives dans l'épaule.

Le début de l'affection actuelle remonte à fin septembre 1907. A une période de douleurs dans l'index gauche, a succédé une tuméfaction progressive de sa première phalange, qui s'est ulcérée sur sa face palmaire dans les premiers jours de décembre, sans donner issue à du pus en quantité notable.

A l'examen d'entrée, le 15 décembre 1907, on constate une tuméfaction régulièrement fusiforme de la première phalange de l'index gauche, sans extension du côté de l'articulation phalango-métacarpienne. La phalange paraît élargie transversalement.

La coloration générale est rosée, sans chaleur ni douleur bien vive à l'heure actuelle. La face dorsale est tendue, lisse, brillante, mais sans pus apparemment collecté sous la peau. A la face palmaire, on constate une ulcération régulière, arrondie

d'environ un centimètre de diamètre, profonde, à bords non déchiquetés, ni décollés, ni taillés à pic, ulcération d'où émerge un gros bourgeon arrondi en champignon. Pas de bourbillon. On ne constate pas de suppuration franche. Ganglions épitrochléens et axillaires du côté correspondant engorgés, gros comme des noisettes, ganglions axillaires également du côté gauche.

On aurait pu penser à un spina ventosa tuberculeux, mais la radioscopie montrait un os sain, avec cependant des contours un peu flous. La lésion semblait donc dépendre exclusivement des parties molles. Devant cette lésion d'aspect anormal, M. Durand décide une intervention chirurgicale.

19 Décembre 1907. — L'intervention conduit sur une face antérieure de la gaine synoviale des fléchisseurs notablement épaissie, rosée, donnant naissance à de nombreux bourgeons translucides, sans fongosités, ni pus.

L'intérieur de la gaine est indemne, le tendon est sain, nacré. Le squelette de la phalange est trouvé sain également.

L'idée de tuberculose est éliminée pour celle plus probable de tumeur de la gaine. On pratique l'excision de la partie malade, suivie de thermo-cautérisation.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (fait par MM. Paviot et Bériel, au laboratoire d'anatomie pathologique de M. le Dr Tripier). « Les coupes montrent un stroma fibrillaire infiltré d'éléments cellulaires très nombreux et de forme très variables. Les uns sont petits à protoplasma pauvre comme des cellules inflammatoires, d'autres sont plus volumineux et donnent l'aspect de cellules épithélioïdes. En certains points ces derniers éléments sont groupés en amas, au sein desquels quelques cellules s'allongent ou confluent, arrivant à former des éléments multinucléés. Ils n'ont cependant pas les caractères de cellules géantes, il ne s'agit pas de tuberculose. Il y a par contre, toutes probabilités pour qu'on soit en présence de lésions probablement parasitaires ou infectieuses, dites : myélome des gaines. »

15 Janvier 1908. — A la suite de l'intervention, loin de se cicatriser, la plaie s'est mise à progresser comme dimensions,

les bords se sont décollés, le fond s'est garni de bourgeons mollasses, transparents, proliférant avec rapidité, si bien qu'aujourd'hui, vingt-sept jours après l'intervention, la première phalange de l'index gauche s'est extrêmement épaissie transversalement; la face palmaire très élargie transversalement, est le siège d'une ulcération à bords décollés, de cinq centimètres de diamètre, par où s'échappe une masse de bourgeons charnus, roses, transparents, mous, du volume d'un petit œuf de pigeon, faisant penser immédiatement à une *récidive sarcomateuse rapide* de la tumeur primitive enlevée.

Cette conclusion comportait comme conséquence une intervention chirurgicale radicale chez le malade.

Cependant l'un de nous, frappé des antécédents syphilitiques du malade et surtout des caractères de l'examen histologique pratiqué sur la tumeur primitive excisée, « cellules inflammatoires, cellules épithélioïdes en amas, arrivant à former des éléments multinucléés » et de la similitude absolue de cette description, avec ce que l'un de nous avait déjà vu avec M. Favre dans les lésions syphilitiques tertiaires cutanées ou muqueuses, soulève l'hypothèse, peu vraisemblable au point de vue clinique, en présence de cette récidive à type sarcomateux, qu'il pourrait peut-être s'agir de syphilis et demanda d'essayer sur le malade un traitement antisiphilitique intensif.

23 janvier 1908. — L'hypothèse de syphilis est corroborée par la constatation de lésions circinées des bourses qui ne sont autres que des syphilides papuleuses circinées. Des ensemencements sur milieu approprié n'ont pas donné de culture de sporotrichum. L'inoculation au cobaye d'un fragment de la tumeur excisée a été négative.

A ce moment, très épais gonflement de la première phalange de l'index gauche et de l'articulation phalango-phalangienne. Sur les faces palmaires et latérales, vaste ulcération bourgeonnante déjà décrite.

Par place, les bourgeons sont recouverts par un exsudat puriforme d'apparence gommeuse. Aucune tendance à la cicatrisation.

TRAITEMENT. — Injections intra-musculaires de bi-iodure de mercure 0 gr. 4 c. en solution aqueuse tous les deux jours. Iodure de potassium 4 gr. par jour aux repas. Pansement local avec une pommade au calomel à 1/10.

22 février 1908. — Très rapidement, dès les premiers jours du traitement, la lésion s'est améliorée, les bourgeons exhubérants se sont flétris et affaissés, les bords de la plaie ont commencé à se recoller, et l'ulcération a paru se rétrécir.

Aujourd'hui après 12 injections, soit 0 gr. 48 de bi-iodure de mercure, une semaine d'iodure de potassium à 4 grammes suivie de 3 semaines à 6 grammes, la lésion est complètement cicatrisée, le doigt a repris peu à peu son volume normal sauf un léger degré d'épaississement transversal apparent.

OBSERVATION II

(M. Leriche, *In Lyon Chirurgical*, juin 1910).

J. G..., 35 ans, pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux à signaler.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — C'est un sujet bien constitué, sans aucune tare. Pas de maladie vénérienne et rien dans son histoire ne rappelle une syphilis méconnue.

Au régiment, fièvre typhoïde grave avec hémorragie intestinale : il en a très bien guéri.

Marié depuis 9 ans, sa femme est bien portante. Elle a eu une fausse-couche de 3 mois après une chute. N'a pas eu d'autres grossesses.

Il y a 2 ans, fracture du crâne, coma durant 3 jours. Guérison sans incident notable.

Il y a six mois, il fut convoqué pour une période militaire ; il fut réformé pour une tumeur sous-claviculaire qu'il ne soupçonnait pas.

Les malaises dont il se plaignait lors de sa période militaire continuant à s'accroître, et le malade ayant constaté une tumeur indolore de l'omoplate droite, se présenta au docteur Faitu qui lui fit prendre sans succès de l'iodure, puis des frictions iodurées. Son état général devenant de plus en plus mauvais et le traitement médical ne donnant aucune amélioration, il vint alors à l'hôpital où il fut radioscopé par M. Chanoz qui vit des masses sombres dans le médiastin et songea à de la tuberculose. La radiothérapie ne donna pas de résultat.

En juillet dernier, le malade entra dans le service de M. le Professeur Poncet. En outre de l'affaiblissement général, on notait, à l'examen, la présence de quatre tumeurs, deux petites ayant les dimensions d'un noyau de cerise, l'une sous l'avant-bras droit, l'autre au niveau de la ligne axillaire gauche, et deux plus volumineuses. De ces dernières, l'une située sous la clavicule gauche, au niveau de la partie axillaire de la face antérieure du thorax était dure, non douloureuse, comme courbée dans l'espace intercosto-claviculaire. La peau était un peu adhérente à son niveau, mais non changée d'aspect. L'autre remplissait la fosse sous-épineuse droite, rénitente, elle faisait songer à un lipome peut-être adhérent à l'os.

Un traitement mixte de 8 jours n'ayant amené aucun changement, le malade se décida à une intervention.

Le 10 septembre 1909, M. Leriche fit une incision sous la clavicule, et à travers une coque sarcomateuse très épaisse, il arriva à un petit foyer caséeux.

Ce mal se prolongeait dans le thorax, mais donnait justement l'impression d'une tuberculose ganglionnaire anor

male, plutôt que d'un sarcome. Elle fut curetée, excisée en partie, puis pansée à plat.

La guérison se fit rapidement en 3 semaines.

Le 25 octobre, le malade fut réendormi pour être débarrassé de sa tumeur scapulaire. M. le docteur Leriche aborde la tumeur avec l'idée de faire une intervention conservatrice, l'examen histologique de la première tumeur ayant montré qu'il s'agissait de tuberculose ganglionnaire avec nombreuses cellules géantes. Mais une fois la tumeur découverte, elle ressemblait tellement à un sarcome périostique que sur l'avis de M. Lenormant, agrégé de la Faculté de Paris, et de ses collègues Muller et Tavernier assistant à l'intervention, M. Leriche se décida à enlever la plus grande partie de l'omoplate.

La guérison fut simple, le résultat fonctionnel excellent et pas trace de récédive.

Macroscopiquement, la pièce donnait l'impression d'un sarcome périostique.

Microscopiquement, la tumeur est constituée par une nappe de petites cellules rondes pressées les unes contre les autres sans tissu de soutien bien appréciable.

Çà et là, les cellules s'allongent et deviennent fusiformes ; dans ces points fuso-cellulaires apparaissent des vaisseaux ne présentant pas les caractères de vaisseaux embryonnaires, mais ayant au contraire des parois musculaires très épaisses.

Dans ces mêmes points, on voit également quelques myéoloxes rares cependant, mais très caractéristiques.

La tumeur présente des zones très étendues en voie de nécrose, formées de cavités limitées par du tissu conjonctif adulte et à contenance incolorable.

A la périphérie, capsule fibreuse assez nette.

A l'intérieur de la tumeur, au milieu des éléments néoplasiques, on rencontre des paquets de fibres musculaires striées, dissociées, mais non envahies.

En résumé, on a affaire à un sarcome fuso et globo-cellulaires contenant quelques myélopaxes et assez bien encapsulé. On peut espérer qu'il n'y aura pas récurrence.

Pendant la convalescence de la scapulectomie faite le 15 octobre, le malade se mit à souffrir dans l'épaule gauche et dans la région sus-ombilicale.

A ce niveau, l'examen percevait une induration profonde, ligneuse. La clavicule se boursoufflait un peu, il paraissait se faire une récurrence à ce niveau.

Le 18 décembre, nouvelle intervention. M. Leriche aborde la masse sous-claviculaire, persuadé que le premier examen histologique était erroné et qu'il s'agissait d'un sarcome. Les tissus étaient lardacés, l'os volumineux, mais le gonflement semblait surtout extérieur. Aussi au lieu d'enlever toute la clavicule, M. Leriche se contenta de la dédoubler longitudinalement en excisant tous les tissus douteux.

Les premiers jours, tout parut bien aller ; mais bientôt des bourgeons sarcomateux apparurent dans la plaie : l'intervention avait été plus nuisible qu'utile. Histologiquement, les tissus enlevés n'avaient que l'aspect de tissus d'inflammation banale.

Pendant ce temps, la tumeur du flanc droit, signalée plus haut, devenant douloureuse, fut enlevée par M. Delore. A la coupe, elle avait l'aspect d'une gomme.

M. Dor en fit l'examen histologique et pensa à une lésion probablement syphilitique, à une gomme intra-musculaire.

Au centre de la tumeur on ne voit qu'un tissu de nécrose au milieu duquel apparaissent par places quelques fibres musculaires méconnaissables.

A la périphérie, le tissu musculaire est infiltré de cellules à caractère épithélioïdes.

L'infiltration est maximum autour des vaisseaux qui sont atteints d'endarterite et quelques-uns oblitérés.

En quelques points, on voit au sein du muscle, apparaître des masses nécrosées analogues à la masse centrale, qui sont comme encapsulées par une zone de réaction conjonctive.

A noter aussi quelques cellules géantes ça et là autour des vaisseaux.

Dans un précédent examen, une tumeur de la région scapulaire avait été considérée comme une tumeur à myéloplaxes. Mais un nouvel examen montra des lésions semblables à celles de la gomme examinée. C'est l'abondance des cellules géantes qui avait fait penser à une tumeur à myéloplaxes.

Pendant ce temps, la tumeur de la clavicule augmentait toujours. Elle avait le volume d'un gros œuf; des bourgeons sarcomateux distendaient la cicatrice des incisions antérieures : elle n'avait aucun caractère spécifique.

Sur la demande de M. Leriche, MM. Laurent et Garin, firent la réaction de Wassermann. Elle fut positive.

Le malade fut mis à un traitement mixte intensif. Aucune amélioration pendant les quinze premiers jours, puis peu à peu les malaises généraux, la lassitude, les douleurs disparurent. Depuis huit jours, l'infiltration du creux sus-claviculaire a disparu et la tumeur claviculaire diminue. La guérison semble proche. Le malade revu à la date du 9 novembre 1910, est complètement guéri.



PLANCHE I

Résultat opératoire dans un cas de résection de l'omoplate
pour une gomme scapulaire simulant un sarcome, cliniquement
et macroscopiquement.

(Duc à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Leriche).

OBSERVATION III (Inédite)

Due à l'obligeance de MM. Leriche et Mollard

R... Marie, 46 ans, couturière, entre en juillet 1908 dans le service de M. le professeur Poncet, pour une tumeur de la région cervicale.

ANT. HÉRÉDITAIRES. — Père 84 ans, bonne santé.

Mère morte de maladie inconnue. Elle a présenté dans la région cervicale une tumeur qui avait suppuré pendant plusieurs années et s'était enfin cicatrisée. Elle a eu plusieurs ictus.

A. COLLATÉRAUX. — Onze enfants : une sœur morte à 47 ans, d'une tumeur à l'abdomen ; une autre sœur âgée de 44 ans, a eu une tumeur abdominale.

Un frère et une sœur en bonne santé ; sept enfants sont morts.

A. P. — A 8 ans, fièvre avec frissons. Elle habitait une région marécageuse. Mariée à 24 ans, mari en bonne santé. A eu cinq grossesses. La première s'est terminée par une fausse-couche à six mois, la seconde par une fausse-couche à six mois et demi, la troisième par un accouchement prématuré à huit mois d'un enfant mort depuis trois semaines, la quatrième par un accouchement d'un fœtus mort depuis quatre jours, mais à terme ; la cinquième a donné un enfant à terme du poids de 3 kilogs 500, âgé de huit ans et bien portant.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Au mois de janvier 1908, la malade a vu apparaître une tumeur dans la région angulo-maxillaire droite : quelques troubles dysphagiques se montrèrent concomitamment. Mais bientôt la tumeur occupa toute son attention : elle était dure, non douloureuse ; pourtant par moment, elle s'accompagnait d'irradiations dans l'oreille.

En juillet à l'examen de la malade, on ne trouvait aucun symptôme d'ordre général; l'examen du pharynx, de la langue, de l'amygdale, du larynx ne révélait rien d'anormal et toute la maladie paraissait représentée par un gros plastron dur, allant de la région rétro-angulo-maxillaire jusqu'au niveau de l'os hyoïde qu'elle dépassait par en bas; plus plate, plus dure, plus lisse qu'un paquet ganglionnaire, elle ne tenait pas au muscle sterno-cléido-mastoïdien dont elle était indépendante, mais elle paraissait plonger dans la profondeur. Pas d'adénopathie cervicale; il n'y avait aucun signe nerveux sauf un peu de myosis à droite.

On notait en outre une insuffisance et un rétrécissement mitral bien tolérés.

Devant ces signes, devant l'absence absolue de toute tumeur du carrefour pharyngo-laryngé, M. Leriche, fit le diagnostic de branchiome, d'accord avec plusieurs de ses collègues, candidats au concours des hôpitaux, et en tanta l'extirpation, le 29 juillet 1908. Après avoir abordé la tumeur par une incision en T, M. Leriche la dégage d'abord en haut et en arrière et la libère avec beaucoup de peine en dessous du maxillaire. Il y a là un tissu fibreux très dur dans lequel il est très difficile de pousser un plan de clivage, bien que la tumeur soit encapsulée.

Finalement, on tente de la basculer de haut en bas, de façon à libérer le pôle postérieur dans la région parotidienne pour dégager les vaisseaux dans la profondeur. Le pôle postérieur file sous le sterno-mastoïdien sans lui adhérer et va se fixer à la région mastoïdienne. Pour le dégager, il faut tailler en pleine parotide, sans voir le facial, qui doit être refoulé en haut, puis on sectionne partiellement et en travers le sterno-cléido-mastoïdien au-dessous du spinal pour libérer le bord postérieur de la tumeur. Il tient profondément et on n'arrive à le dégager qu'en coupant le stylo-hyoïdien. En dedans, la tumeur dépasse la ligne médiane, on ne la mobilise qu'en taillant dans les muscles sus-hyoïdiens. Finalement, il ne reste plus qu'un large pédicule qui va de

la bifurcation carotidienne à l'os hyoïde, et qui englobe l'hypoglosse. Le nerf est coupé, la gaine vasculaire est ouverte, les vaisseaux sont isolés, la tumeur tient dans l'angle de bifurcation carotidienne et s'il ne s'agissait pas d'une cardiaque, on réséquerait à coup sûr toute la zone de bifurcation artérielle pour être assuré d'être en tissu sain. D'autre part, un prolongement de la tumeur s'insinue vers le pharynx et se glisse sous les constricteurs. On libère donc la masse aux ciseaux non sans laisser quelques débris lardacés au contact de la carotide primitive, du larynx et du laryngé supérieur.

Après une hémostase soigneuse et suture bout à bout de l'hypoglosse, on ferme la plaie en laissant de la gaze pour tamponner la région hyoïdienne et un petit drain au point déclive.

Les suites de cette grave intervention furent normales. Les fils furent enlevés le huitième jour et il ne restait plus que la surface de drainage à cicatriser, quand le 12 août la malade présenta brusquement des phénomènes asphyxiques et un gonflement marqué du cou, le pansement était imbibé de sang; M. E. Mouriquand, interne de service, immédiatement appelé, découvrit la plaie et au travers d'une masse de caillots mit une pince sur les vaisseaux et arrêta l'hémorragie formidable qui se faisait.

A la suite de cela, la malade assez anémiée, reste somnolente et hébétée pendant 36 heures.

Le 14 août, sans anesthésie, M. Leriche lie la carotide primitive à la base du cou et la jugulaire interne.

L'hémorragie provenait sûrement d'une ulcération de la carotide interne au niveau de la bifurcation vasculaire. Dès lors, les suites furent normales et trois semaines après la malade quittait le service, opératoirement guérie.

L'examen histologique fait au laboratoire de la clinique de M. Poncet intrigua fortement. La pièce avait l'aspect lardacé, sarcomateux. Cela ne ressemblait nullement à du tissu ganglionnaire et encore moins à de la tuberculose. Or, en se

basant sur la présence de cellules géantes, on nous répondit tuberculose probablement ganglionnaire.

Devant les difficultés que fit M. Leriche à admettre ce diagnostic, on montra les coupes à M. Bériel, chef de travaux d'anatomie pathologique, qui parla de sarcome; ce diagnostic fut admis, toute idée de tumeur branchiale fut éliminée.

Dans les deux années qui suivent, la malade fut revue très régulièrement par M. Leriche au Bureau de Bienfaisance. Il l'adressa à maintes reprises à la consultation du Professeur Collet à cause de phénomènes graves de dysphagie et de malaises généraux imprécis. Il y a 8 mois, il découvrit une ulcération sur le voile palatin et songea à la syphilis comme cause de tout.

Mais la malade très indocile ne voulut pas suivre le traitement indiqué : et ce n'est qu'après l'apparition de deux perforations palatines qu'elle se décide à entrer à l'hôpital Saint-Pothin sur l'avis de M. Favre auquel M. Leriche l'avait adressée.

L'examen actuel montre une malade un peu amaigrie, ayant perdu ses forces depuis son opération, elle est essoufflée quand elle monte les escaliers.

Tout travail lui est devenu impossible. Douleurs articulaires et dans le bras gauche qui est sans force douleur sourde.

Elle accuse une dysphagie très douloureuse à la déglutition des aliments solides; les liquides passent bien; mais quand elle parle et avale sa salive, elle éprouve des picotements douloureux de chaque côté de la gorge.

A l'examen, on voit une cicatrice de la région cervicale droite qui adhère dans sa partie supérieure et dont la rétraction maintient la tête inclinée de ce côté. Pas de ganglions cervicaux. A signaler un gros ganglion dans le creux axillaire gauche, il est dur et douloureux.

Examen de la bouche. — On remarque une atrophie de la moitié droite de la langue, celle-ci est ridée. Le voile du palais présente dans sa partie latérale droite deux perfora-

tions placées l'une au-dessous de l'autre et séparées par une mince bande de tissu. La perforation supérieure a le volume d'une tête d'épingle ; l'inférieure est plus grande. Pas d'autres lésions du gosier.

Du côté du système nerveux, à signaler une atrophie très marquée des muscles de la fosse sus-épineuse droite ainsi que du trapèze et du sterno-cléido-mastoidien du même côté. Pas de troubles sensitifs.

Pas d'atrophie du bras, ni de l'avant-bras, ni de la main. Réflexes rotuliens exagérés surtout à gauche. Il y a deux mois est apparu un peu de tremblement de la parole et de la perte de la mémoire. La malade dit avoir été sujette aux migraines dans sa jeunesse.

Poumons. — Pas de signes fonctionnels. A noter une diminution de la respiration aux deux sommets en arrière.

Appareil digestif. — Dysphagie gênant l'alimentation.

Appareil cardio-vasculaire. — Pouls peu tendu.

Au cœur, insuffisance et rétrécissement mitral, insuffisance aortique.

Pas de température.

Le 22 septembre 1910, on note une atrophie marquée du bras gauche avec des réflexes exagérés. Impossibilité d'opposer le pouce et l'index gauche. Force diminuée de moitié à gauche.

Le 10 novembre. — La malade va mieux, l'appétit est revenu, le traitement spécifique a donné un bon résultat.

Il est à noter qu'à l'entrée de la malade, les ulcérations du voile étaient encore entourées de tissus infiltrés, épaissis et bourgeonnants.

Dès les premières injections de benzoate de mercure, cette infiltration disparaît, et les téguments du voile autour des perforations prennent un aspect normal.

La dysphagie très intense à l'entrée de la malade au point que la déglutition de la salive était très difficile et que la malade crachait constamment, s'est, à l'heure actuelle (15 novembre 1910), considérablement amendée. La malade,

très cachectique au moment de son entrée à l'hôpital a repris des forces et peut s'alimenter à peu près normalement.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Favre, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire de la clinique des maladies cutanées et vénériennes).

Il s'agissait d'une malade venue à la consultation de la clinique de l'Antiquaille et que M. Favre a vue avec son maître, le professeur Gailleton. Cette malade présentait au niveau de l'omoplate une tumeur dure du volume d'un gros œuf de poule, adhérente à l'os. La tumeur s'était développée rapidement. Cette malade présentait en outre, une gomme spécifique de la langue et avait été antérieurement soignée dans le service à diverses reprises pour des accidents syphilitiques.

Le professeur Gailleton, insistait devant nous, dit M. Favre, à propos de cette malade sur la ressemblance que la tumeur de l'omoplate présentait avec un sarcome et sur les grandes difficultés qu'aurait présentées le diagnostic si l'on n'avait pas eu connaissance des antécédents de la malade et si cette malade elle-même n'avait pas présenté une autre localisation syphilitique (gomme de la langue).

Guérison rapide de tous les accidents par le traitement mixte.

OBSERVATION V (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Favre
médecin des hôpitaux)

Mme X..., présente au niveau de l'omoplate, une tumeur qui s'est développée assez rapidement et a acquis la grosseur d'un gros œuf. Cette tumeur inquiète vivement la malade.

A un premier examen, le diagnostic de sarcome paraît très probable. La tumeur est en effet très dure. Elle adhère à l'os, dont elle suit tous les mouvements, elle est douloureuse à la pression. Les téguments présentent à la surface de la tumeur une légère injection des petites veines. La peau est d'ailleurs parfaitement mobile à la surface de cette tuméfaction.

Il n'existe aucun ganglion dans l'aiselle du côté où s'est développée la tumeur. La malade dit éprouver des douleurs assez vives au niveau de l'omoplate, où d'ailleurs la palpation est légèrement douloureuse. L'aspect de la tumeur scapulaire est telle, que M. Favre conseille à la malade de prendre l'avis d'un chirurgien.

Au cours de la visite, la malade apprend à M. Favre qu'elle est syphilitique et que le début de ses accidents remonte à quatre ans.

Tout en conservant quelque arrière-pensée au sujet du diagnostic qu'il avait porté de sarcome, M. Favre, conseille à la malade, qui s'était fort peu soignée jusqu'ici, un traitement mercuriel intensif.

Un mois après, la tumeur scapulaire avait disparu.

OBSERVATION VI

(Rapportée par M. Feulard, *Bulletin de la société de dermatologie et syphiligraphie* 1891, p. 34).

Le malade A.R..., nie tout antécédent syphilitique et ne présente en dehors de sa lésion actuelle aucun stigmaté de syphilis. Il est âgé de 37 ans. Il y a deux ans, en décembre 1890, il a commencé à ressentir dans la cuisse gauche, des élancements douloureux, mais assez profonds ; jusqu'au mois de juin 1890, c'est-à-dire pendant près de 18 mois, il affirme n'avoir remarqué aucun changement dans l'état de la peau, ni dans le volume du membre.

Le 1^{er} juin 1890, il a fait une chute peu importante dans laquelle il se produisit un violent effort dans la jambe gauche. Le soir même, il ressent des douleurs dans le genou et dans la cuisse gauche, constate les jours suivants une augmentation de volume en même temps qu'apparaît une vaste ecchymose. Le malade se rend à l'hôpital, pour y consulter un chirurgien. Le titulaire du service étant absent, le chirurgien de service fit entrer le malade en lui disant qu'une opération était nécessaire ; la cuisse était, paraît-il, très enflée et de couleur violacée. Quel diagnostic fut posé ? Peut-être celui d'une tumeur vasculaire, d'un anévrysme traumatique, car le malade rapporte qu'on ausculta sa tumeur « pour y entendre des battements ».

Toutefois, le titulaire du service étant entré peu de jours après, il y eut consultation entre les deux chirurgiens et toute opération fut ajournée. Le malade partit ; on lui ordonna d'appliquer un large emplâtre de belladone (28 cent. $\times$ 32), de prendre quatre gouttes de liqueur de Fowler à chaque repas et des pillules pour la nuit.

Rappelons que le malade, ignorant sa syphilis, ne pouvait aider au diagnostic. Cependant les souffrances persistaient jour et nuit, avec des intervalles d'accalmie pendant lesquels il travaillait encore.

Après un mois du traitement ordonné, voyant qu'il n'obtenait aucun résultat, lassé, le malade retourne au même hôpital, décidé à réclamer une opération.

Il entre dans un service différent de celui où il était entré.

La cuisse était restée fort volumineuse et dure, seulement la peau était moins violacée, l'ecchymose étant en voie de disparition. Le chirurgien crut à une tumeur maligne de la cuisse et lui dit que l'amputation était nécessaire.

Pris de peur le malade quitte l'hôpital, va chez un empirique qui le traite. La tumeur s'ulcère en plusieurs points et bientôt il reste une ulcération unique.

Le malade retourne au même hôpital, le chirurgien lui propose d'entrer pour examiner la tumeur : il refuse.

Il vient à une des consultations de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis (10 décembre), on lui ordonne sans autres détails, de la pommade mercurielle à mettre sur les plaies et de l'iodure de potassium. Amélioration en 8 jours. Il revient à la consultation de M. Lucas-Championnière qui fait le diagnostic d'après l'effet du traitement d'épreuve. Il envoie le malade dans le service de M. le professeur Fournier.

A son entrée, la cuisse gauche très augmentée de volume, présente sur le milieu de sa face antéro-externe deux ulcérations.

La plus grande, de forme ovale, présente des bords durs, élevés en bourrelet ; le fond détergé et granuleux au centre est recouvert vers les deux extrémités de l'ovale par deux eschares noirâtres, épaisses et adhérentes.

La seconde ulcération est en forme de croissant, le fond est bourbillonneux.

On a donc là des types d'ulcères gommeux.

La peau, autour de ces ulcérations, est rouge violacée, gonflée et tendue, ne glisse pas sur les parties sous-jacentes. Par

la palpation on détermine une masse volumineuse dure, faisant corps avec l'os, non mobile ; la pression est peu douloureuse. Le diagnostic est celui de tumeur gommeuse du muscle triiceps, s'étant fait jour vers l'extérieur et ayant ulcéré la peau.

Le traitement mixte, iodure et frictions mercurielles est prescrit. En deux mois, guérison complète.

D'après l'enquête il ne s'agit pas de syphilis héréditaire. Sa femme n'a pas de trace de syphilis, mais a eu quatre fausses couches de 5 mois 1/2, 6 mois 1/2, 7 et 8 mois. Il a un enfant de 7 ans hérédo-syphilitique.

OBSERVATION VII

(Observation de Le Dentu, *Congrès de chirurgie*, 1889)

M. Le Dentu rapporte le cas d'un confrère à qui trois professeurs de la Faculté avaient conseillé l'amputation de la jambe pour un sarcome supposé et qui guérit par le traitement syphilitique.

OBSERVATION VIII

Une femme portait sur l'angle droit du pariétal une volumineuse tumeur ulcérée qu'on croyait être un ostéo-sarcome. La résection en avait été décidée. On soupçonna la syphilis. Le traitement syphilitique fut prescrit et la guérison fut rapide et complète (Citée par Lombroso de Livourne).

OBSERVATION IX

Il s'agit d'une vaste ulcération syphilitique du bras prise pour un sarcome ulcéré et guérie par trois injections de calomel (Rapportée par M. Picqué à la Société de chirurgie de Paris, 3 janvier 1899).

OBSERVATION X

Syphilome de l'omoplate simulant un ostéo-sarcome.

Dans un cas observé par M. Verneuil, l'omoplate tuméfiée et déformée faisait à la partie postérieure du thorax une saillie énorme. Le bord spinal était écarté des côtes et soulevé par une masse dure et résistante qui remplissait toute la fosse sous-scapulaire. Avant l'opération, en désespoir de cause, on donna au malade de l'iodure de potassium qui le guérit; six mois après il n'existait plus aucun vestige de cette énorme tumeur.

OBSERVATION XI

(Citée par Spillmann)

Sur un cas d'ostéomyélite gommeuse diffuse de la moitié inférieure de la diaphyse fémorale simulant un ostéo-sarcome (Février).

Il s'agit d'un malade âgé de 21 ans. Il souffre dans la cuisse gauche qui est volumineuse. A ce niveau, la peau est normale; surface de la tumeur dure, mamelonnée et lisse. Pas de ganglions envahis. Teint amaigri.

Un chirurgien avait conseillé l'amputation.

Dans un nouvel examen, la dureté de la tuméfaction, l'exacerbation vespérale des douleurs, l'absence de ganglions firent penser à de la syphilis.

On prescrit un traitement d'épreuve. Guérison rapide par le traitement mercuriel.

OBSERVATION XII

(Observation de M. Rochet, service de M. Ollier, 1898)

Femme de 40 ans, présentant au-dessous du coup de pied, sur le côté interne du pied et propagé vers le talon, une tumeur ulcérée, d'aspect très surélevé très champignonnant et sanieux, d'odeur très fétide et de dimensions plus larges que deux pièces de cinq francs et douloureuse spontanément et au toucher.

La malade nie la syphilis.

La lésion avait commencé il y a 4 mois par un petit bouton que son soulier avait dû écorcher et qui avait peu à peu atteint le volume actuel.

L'aspect extérieur était à s'y méprendre, celui d'un sarcome ulcéré plutôt que d'un cancroïde en raison de la saillie d'environ deux centimètres que faisait la tumeur au-dessus de la peau.

La tumeur était mollassse et saignait facilement.

Le premier diagnostic fut celui de tumeur.

M. Rochet vit une adhérence d'un pilier postérieur au pharynx en même temps qu'un état déchiqueté et cicatriciel

assez prononcé de l'amygdale du même côté. La malade avait eu plusieurs angines. Traitement antisypilitique énergique.

Résultat : Guérison en vingt jours sans intervention.

OBSERVATION XIII

(Observation de M. le D^r L. Martel de Lyon, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1898. p. 215-216)

Ch. S..., 35 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Pierre, le 26 février 1897.

Pas d'antécédents héréditaires.

Régée à 14 ans, mariée depuis 15 ans. Mari en bonne santé. Chez elle, la syphilis était douteuse. Elle avait eu une fausse-couche de trois mois, accompagnée d'une éruption sur la nature de laquelle la malade ne donne pas de renseignements certains.

Pas de chute des cheveux, ni céphalée à ce moment.

Il y a 3 ans, la malade s'est aperçue qu'elle avait une petite tumeur siégeant sur la cinquième côte gauche, de la grosseur d'un pois et mobile. Un an après, la tumeur avait le volume d'un œuf. Elle disparut par des applications de teinture d'iode.

Trois mois après la tumeur réapparaît, s'ulcère et laisse écouler du pus mélangé à des produits filamenteux, on aurait dit de l'étope mouillée. 15 jours après, guérison. Rien pendant 4 à 5 mois.

Il y a un an apparut une tumeur siégeant sur la cheville droite; d'abord osseuse, elle ne tarda pas à gagner la peau qui s'ulcère par plusieurs points et d'où sort un liquide blanc et gluant. L'ulcération devient unique, le fond charnu et bourgeonnant.

Il y a un mois, gomme de la 3^e côte droite.

Il y a quinze jours, gomme de la clavicule droite. Au premier examen de la malade on est frappé par l'odeur fétide et repoussante qu'exhale la plaie de la jambe ; cette surface suintante, bourgeonnante, à bords surélevés, donne au premier abord l'aspect néoplasique : de plus le facies de la malade qui est amaigrie et de teint jaune et terreux. L'erreur était facile. On fait des lavages à l'eau boriquée et pansement.

Le 6 mars, l'odeur a disparu.

On fait le diagnostic de gomme du sternum.

Traitement antisiphilitique, guérison complète en 3 mois. Le diagnostic de la tumeur ulcérée du pied n'a été fait qu'après le traitement d'épreuve. L'affection simulait un épithélioma ou un sarcome, l'erreur fut faite. La malade avait été envoyée à la clinique pour y subir l'amputation du pied.

Il s'agissait de syphilis tertiaire simulant une tumeur maligne.

HISTOLOGIE. — Par exclusion, rejet du sarcome, de l'épithélioma et de la tuberculose, c'était de la syphilis. Diagnostic par le traitement mixte.

OBSERVATION XIV

Gomme de la partie latérale du cou prise un carcinome. Extirpation avec les veines jugulaires communes. Guérison (*Laugenbeck, uber gummi geschwulste 1891*) citée par Ozène, thèse de Paris, 1884. (Thèse d'Horand, Lyon 1897.)

Femme de 53 ans, issue d'un père mort de cancer de l'estomac. Nie tout accident spécifique.

Tumeur de la partie droite du cou, au niveau du cartilage cricoïde, dure, grosse comme un œuf de poule, adhérente aux

parties profondes. Rougeur de la peau. Douleurs spontanées nulles, provoquées par la pression. Pas d'engorgement ganglionnaire. Diagnostie : Carcinome.

Extirpation, examen de la tumeur : couleur gris jaunâtre, pauvre en vaisseaux. Pas de suc à la coupe. Rien ne permettait de distinguer le syphilome ou le sarcome ; on croit à un carcinome.

Deux ans plus tard, la malade fut revue : langue gonflée, ulcérations sur le dos de l'organe et le voile du palais ; perforation.

L'année suivante, tumeur indolore sur la joue gauche, un peu rougeâtre, qui se transforma en un ulcère rongeant, et qui guérit sans traitement médical.

CHAPITRE I

Résumé clinique

A la lecture de nos observations, nous avons vu des gommes syphilitiques donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Dans une première série de cas, ce sont des gommes crues qui ont fait faire le diagnostic de sarcome. Dans l'obs. II, deux tumeurs siégeant, l'une sous la clavicule gauche, était dure, non douloureuse, adhérente à la peau; l'autre, dans la fosse sous-épineuse droite, était rénitente et donnait la sensation d'un lipone, elle adhérait à l'os.

Pas de syphilis avouée, mais réaction de Wassermann positive. L'intervention a eu lieu.

Nous avons ensuite trois cas de gommes de l'omoplate prise pour des sarcomes. Le premier cas (obs. IV) est représenté par une tumeur scapulaire du volume d'un gros œuf de poule, adhérente à l'os, et qui s'était développée assez rapidement. La syphilis était évidente : la malade avait une gomme de la

langue. Dans le deuxième cas (obs. V), la tumeur scapulaire s'est développée rapidement, elle est dure, adhérente à l'os, douloureuse à la pression, sans adhérence à la peau, mais elle présente un réseau veineux superficiel. Pas de ganglions axillaires. Dans l'obs. X, on a une masse énorme, dure, occupant toute la fosse sous-scapulaire.

Dans les trois cas, le traitement spécifique a évité une intervention.

Dans l'obs. III, une gomme dure, plate, lisse, siégeant au cou, avec irradiations douloureuses dans l'oreille correspondante, sans réaction ganglionnaire, est prise pour un branchiome et extirpée. La syphilis était probable.

Dans l'obs. XIV, c'est une gomme du cou prise pour un carcinome ou un sarcome. Elle était dure, adhérente aux parties profondes, douloureuse à la pression, sans réaction des ganglions. La peau était un peu rouge.

Dans l'obs. VI, une gomme volumineuse de la cuisse, peu dure, est prise pour une tumeur vasculaire, puis pour un sarcome.

Dans l'obs. VII, une gomme de la jambe simule un sarcome.

Dans l'obs. XI, une ostéomyélite syphilitique du fémur fait penser à un ostéosarcome, ce n'est que le caractère des douleurs surtout vespérales qui fait instituer le traitement spécifique et la guérison a lieu. Les antécédents manquaient.

Dans une deuxième série de cas, ce sont des gommès ulcérées qui font porter le diagnostic de

sarcome. C'est une dactylite syphilitique qui donne l'aspect de tuberculose ou de tumeur des gaines (obs. I); c'est encore une gomme ulcérée de l'avant-bras qui est prise pour un sarcome ulcéré.

Deux gommes ulcérées du pied sont diagnostiquées sarcome (obs. XI et XII).

Enfin une gomme du pariétal se présente avec l'aspect d'un ostéosarcome de cet os (obs. VIII).

Dans ces cas, les ulcérations se présentaient avec un fond bourgeonnant, sanieux, parfois d'odeur fétide. Ces bourgeons mollasses saignaient avec facilité. On avait plutôt des caractères de sarcome ulcéré que ceux d'une ulcération spécifique.

Il reste deux cas, dans lesquels l'extirpation de gomme donna lieu à des récidives d'apparence sarcomateuse (obs. I et II).

Dans tous ces cas, le traitement d'épreuve seul a permis un diagnostic précis.

Les antécédents syphilitiques ont une grande importance. Ils existent dans les obs. 1, 3, 4, 5, 6, ils sont probables dans les obs. 11 et 13 et méconnus ou absents dans les autres cas.

Dans les obs. 4 et 15, la coexistence d'accidents spécifiques avec les tumeurs fait prescrire un traitement mixte.

Quant au siège de ces tumeurs, nous les voyons se développer quatre fois sur l'omoplate (obs. II, IV, V, X) et deux fois dans la région cervicale (obs. III et XIV).

Dans trois cas elles occupent des muscles striés (obs. VI, IX, XII).

En ce qui concerne les os longs, elles siègent une fois sur le tibia (obs. VII), une fois sur les malléoles (obs. XIII) et une fois sur le fémur (obs. XI).

Parmi les os courts, l'omoplate tient le premier rang comme siège de ces sarcomes spécifiques.

La clavicule (obs. II), le crâne (obs. VIII), les côtes (obs. II) présentent une fois des gommes d'aspect sarcomateux.

Dans l'obs. I, la gomme siège dans la gaine des tendons.

La durée de développement de ces tumeurs est variable, il en est de même de leur consistance, dure dans certains cas (obs. IV, V, X), rénitente dans d'autres (obs. II).

Le volume est variable, à côté de gommes du volume d'un œuf de poule, il y en a qui dépassent le volume du poing et même plus. Ce sont surtout ces cas qui peuvent exposer à des erreurs de diagnostic.

Au point de vue de leurs rapports avec les tissus ou organes voisins, on a des gommes qui ne modifient nullement la peau, d'autres lui sont plus ou moins adhérentes, parfois même elle rougit à leur niveau, peut présenter une circulation superficielle (obs. V et VI). Les gommes sont mobiles sur les plans profonds ou adhérentes. La douleur est variable dans sa fixité et son intensité. Dans un cas seulement (obs. XI), elle se présente avec les caractères de la douleur syphilitique à exacerbations vespérales.

Dans la plupart de nos observations la pression provoque de la douleur.

Les ganglions sont rarement touchés tant que la tumeur n'est pas ulcérée, dans ce dernier cas, nous avons une réaction des ganglions due à une infection secondaire.

Quant au nombre de gomme chez un même sujet, dans un tiers des cas, il s'est développé, en même temps ou peu après la tumeur, d'autres gomme. Dans les deux autres tiers, on n'observe qu'une tumeur unique.

Sauf dans trois cas de gomme diffuse, la tumeur se montre arrondie, plus ou moins lisse, ordinairement assez bien encapsulée.

Au point de vue thérapeutique quelle a été la conduite tenue? Dans les obs. I, II, III, XIV, il y a eu intervention. La syphilis était probable dans deux cas (obs. I et III). Deux interventions sont suivies de récidives d'allure sarcomateuse (obs. I et III), nouvelle intervention (obs. II); dans le deuxième cas (obs. I), la syphilis paraît probable et le traitement évita une intervention.

Il reste dix cas où l'intervention n'a pas eu lieu. La coexistence d'accidents spécifiques (obs. IV, XII, XIII), la connaissance des antécédents (obs. V), la probabilité de la syphilis (obs. XI) ont fait prescrire le traitement d'épreuve. Dans les autres cas (obs. VI, VII, VIII, IX, X), dans le doute, on fit une cure spécifique. Dans ces dix cas, la guérison eut lieu.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Peut-on, dans ces cas de syphilis d'allure sarcomateuse, s'aider avec fruit de l'examen anatomo-pathologique ? Nous pouvons répondre par l'affirmative dans quelques cas.

Dans l'obs. I, si l'examen macroscopique a été cause d'erreur, en a-t-il été de même de l'examen histologique. Les coupes montrent un stroma fibrillaire infiltré d'éléments cellulaires très nombreux et très variables de formes. Les uns sont petits à protoplasma pauvre, comme des cellules inflammatoires ; d'autres sont plus volumineux et donnent l'aspect de cellules épithélioïdes. En certains points, ces derniers éléments sont groupés en amas, au sein desquels quelques cellules géantes s'allongent et confluent, arrivant à former des éléments multinucléés. Ils n'ont pas cependant le caractère de cellules géantes : ce n'est pas de la tuberculose ; on a

probablement affaire à un myélome des gaines d'après MM. Bériel et Paviot.

Ce qui frappe dans cet examen histologique, c'est la présence de « cellules inflammatoires, de cellules épithélioïdes en amas, arrivant à former des éléments multinucléés ».

Ces éléments multinucléés sont dus à la fusion de plusieurs cellules épithélioïdes. Ces éléments embryonnaires, serrés les uns contre les autres, mal nourris par suite des lésions de panartérite des vaisseaux, vont perdre leur contour net, leurs membranes vont se détruire et plusieurs cellules ne vont plus donner qu'un élément où les noyaux seuls tranchent sur le protoplasma dégénéré. A côté sont des cellules épithélioïdes et des cellules rondes inflammatoires banales comme on en trouve dans tout processus infectieux. Nous avons là l'aspect microscopique d'une lésion tuberculeuse. Ces cellules géantes, qu'on avait cru spéciales aux lésions bacillaires, ont été rencontrées par de nombreux auteurs et en particulier par MM. Nicolas et Favre dans les lésions syphilitiques tertiaires, cutanées ou muqueuses. Dans la thèse d'Allibe, inspirée par M. Nicolas, nous voyons que la cellule géante n'est plus spécifique de la tuberculose.

Dans certaines tumeurs, ou sarcomes à myéloplaxes, nous avons des éléments cellulaires multinucléés, ce sont les myéloplaxes de Robin, que Virchow désigne encore sous le nom de cellules géantes. Ces deux éléments ont-ils la même signification pathologique et la même origine. Robin, qui étudia

les myéloplaxes dans la moelle osseuse et dans les sarcomes, fut étonné de l'analogie entre ces derniers et ce qu'on qualifiait de cellules géantes. Les premiers ne seraient que l'ébauche des secondes. On a objecté que ces deux éléments différeraient quant à la disposition des noyaux, périphériques dans la cellule géante, occupant toute la cellule dans les myéloplaxes.

Est-ce là un caractère bien spécifique ? Ne pourrait-on pas penser que les noyaux centraux se sont détruits par nécrose, considérer par suite la cellule géante comme un myéloplaxe plus avancé dans son évolution. M. Renaut et avec lui beaucoup admettent que les myéloplaxes ne sont que des cellules géantes qu'on peut rencontrer dans presque tous les sarcomes, les syphilomes, la tuberculose et même dans certaines inflammations non spécifiques. Nous voyons que selon son stade d'évolution, la syphilis peut rappeler le sarcome à myéloplaxes, et on entend par là les sarcomes où ces éléments sont très abondants, et la tuberculose par ses cellules géantes.

Or, si l'on admet, comme la plupart des auteurs, l'identité des deux éléments cellulaires, myéloplaxes et cellules géantes, on arrive à cette conclusion que la présence de ces éléments dans une tumeur peut soulever trois hypothèses, celle de sarcome à myéloplaxes, celle de syphilis, celle de tuberculose. Quels sont les éléments qui vont permettre le diagnostic ?

Les antécédents du sujet sont importants, mais on peut objecter que, sarcome et syphilis, syphilis et

tuberculose et même les trois affections, peuvent coexister sur le même individu.

L'aspect clinique et microscopique est parfois insuffisant, cette observation nous le montre. L'inoculation au cobaye indique la tuberculose si elle est positive, mais n'élimine pas l'idée de syphilis évoluant côte à côte.

Seul le traitement d'épreuve mixte et surtout mercuriel est un critérium sûr, il ne fait rien contre les lésions non syphilitiques. Il fait sentir rapidement son action curatrice sur les lésions spécifiques.

L'obs. II présente un intérêt considérable. Nous avons d'abord une tumeur claviculaire où, à l'examen clinique et macroscopique, on hésitait entre sarcome et tuberculose ganglionnaire. L'examen histologique montra tuberculose ganglionnaire avec nombreuses cellules géantes. La présence de ces cellules géantes devait rendre suspect le diagnostic, puisqu'on les observe dans la syphilis et la tuberculose.

Dans une seconde intervention, on enlève une tumeur scapulaire d'aspect sarcomateux. On croit à un sarcome périostique.

Voici ce que nous donne l'examen histologique :
« Tumeur constituée par une nappe de petites cellules rondes, pressées les unes contre les autres, sans tissu de soutien bien appréciable. Çà et là, les cellules s'allongent et deviennent fusiformes; dans ces points fuso-cellulaires apparaissent *des vaisseaux ne présentant pas les caractères de vaisseaux*

embryonnaires, mais ayant au contraire des parois musculaires très épaisses. Dans ces mêmes points, on voit également quelques myéloplaxes, rares cependant, mais très caractéristiques. La tumeur présente des zones très étendues en voie de nécrose, formées de cavités limitées par du tissu conjonctif adulte et à contenu incolorable. A la périphérie, capsule fibreuse assez nette, A l'intérieur de la tumeur, au milieu des éléments néoplasiques, on rencontre des paquets de fibres musculaires striées, dissociées, mais non envahies. En résumé, il s'agit d'un sarcome fuso et globo-cellulaires, contenant quelques myéloplaxes, et assez bien encapsulé. On peut espérer qu'il n'y aura pas récidence ».

Ce qui frappe dans cet examen histologique, c'est l'abondance des cellules rondes, le peu de tissu de soutien et la présence de myéloplaxes.

Ces cellules rondes sont serrées les unes contre les autres; c'est dans ces amas de cellules que se forment les myéloplaxes, par disparition du contour des cellules et dégénérescence du protoplasme. Nous avons déjà montré l'analogie du myéloplaxe et de la cellule géante. Les lésions des vaisseaux peuvent s'expliquer par la panartérite encore peu avancée.

L'on admet aussi la présence des myéloplaxes dans la syphilis. Quant aux foyers de nécrose, on les observe dans la gomme et dans le sarcome. On peut objecter que la présence d'éléments fuso-cellulaires caractérise le sarcome, mais la présence de vaisseaux sans caractères embryonnaires, les myéloplaxes, les foyers de nécrose sont aussi en faveur de

la syphilis. Il en est de même de la présence des fibres musculaires striées.

Dans une deuxième intervention sur la clavicule gauche où l'on pensait au sarcome, l'examen histologique montra que les tissus enlevés n'avaient que l'aspect des lésions d'inflammation banale.

Or, l'examen de la première tumeur claviculaire montrait une lésion tuberculeuse.

Sur ces entrefaites, on enlève une tumeur du flanc droit. A la coupe, elle a l'aspect d'une gomme et l'examen histologique fait penser à une gomme intra-musculaire. « Au centre de la tumeur, dit M. Dor, on ne voit qu'un tissu de nécrose avec quelques fibres musculaires méconnaissables.

A la périphérie, le tissu musculaire est infiltré de cellules épithélioïdes. Infiltration intense péri-vasculaire. Les vaisseaux sont atteints d'endartérite et quelques-uns oblitérés. En quelques points, au sein des muscles, on voit des masses nécrosées analogues à la masse centrale, masses qu'entoure une zone de réaction conjonctive. A noter quelques cellules géantes autour des vaisseaux ». Les foyers de nécrose sont à rapprocher de ceux observés sur les coupes de la tumeur scapulaire.

De plus, un nouvel examen de cette dernière tumeur considérée d'abord comme un sarcome à myéloplaxe, montra les mêmes lésions que dans la gomme. C'est l'abondance des cellules géantes qui avait fait penser à une tumeur à myéloplaxes. Si nous rapprochons les résultats fournis par l'examen histologique des tumeurs enlevées au malade, nous

avons partout la présence de cellules géantes. Les caractères de la gomme sont très nets. Cellules géantes et myéloplaxes ont été cause d'erreurs. Les diagnostics de sarcome, de tuberculose et de syphilis ont été faits. Dans ce cas, tout se ramène à la syphilis, nous pouvons l'admettre d'après l'examen histologique, le résultat positif de la séro-réaction et enfin l'heureuse influence du traitement spécifique.

L'examen anatomo-pathologique de la gomme simulant un branchiome donna les résultats suivants : « on crut d'abord à un sarcome à cause des myéloplaxes, mais ayant trouvé des cellules géantes, on fit un nouvel examen, et la réponse fut celle de ganglion tuberculeux. »

La présence de myéloplaxes et de cellules géantes doit faire songer à la possibilité d'une lésion spécifique sans permettre un diagnostic différentiel avec le sarcome ou la tuberculose. C'est l'interprétation différente des cellules géantes et des myéloplaxes qui a conduit à ces deux diagnostics successifs de sarcome et de tuberculose.

C'est par les résultats du traitement spécifique mercuriel qu'on est arrivé au diagnostic de syphilis.

Dans l'obs. XIV, l'examen d'une tumeur au microscope ne permit pas de dire si l'on avait affaire à un sarcome ou à un syphilome. A la coupe, couleur gris-jaunâtre, pas de suc cancéreux. Peu de vaisseaux.

On maintint cependant le premier diagnostic de carcinome. Il est fort probable que dans ce cas, on

avait affaire à un syphilome. D'abord, l'examen ne différencie pas le sarcome du syphilome ; nous avons montré plus haut que la confusion était facile entre ces deux affections, à cause des myélopaxes et cellules géantes qui prêtent à confusion.

L'absence de ganglions s'observe en général dans la syphilis ; les accidents spécifiques ultérieurs sont encore des preuves à l'appui d'un syphilome. De plus, l'absence de suc cancéreux et de ganglions fait éliminer le carcinome. Il s'agit probablement en l'espèce d'un syphilome méconnu et extirpé, d'autant plus que deux ans après, il n'y avait encore aucune récédive.

Si nous rapprochons les résultats fournis par l'examen microscopique de ces gommes ayant simulé la tuberculose et surtout les sarcomes, nous trouvons dans ces divers examens des points communs : c'est la présence des cellules géantes et des myélopaxes, des cellules épithéliales, abstraction faite des caractères particuliers de quelques gommes où la syphilis était apparente. Nous pouvons en déduire que la présence, dans une tumeur où le diagnostic hésite ou même s'égare, la présence de myélopaxes et de ces cellules géantes ne doit pas faire éliminer la syphilis pour le sarcome ou la tuberculose, puisque ces éléments cellulaires se trouvent dans les trois processus morbides : le sarcome, la syphilis, la tuberculose.

Il faut songer à la syphilis et instituer le traitement d'épreuve qui tranchera la question.

CHAPITRE III

Diagnostic

Nous voyons, d'après nos observations, que la syphilis est capable d'édifier des produits qui se comportent cliniquement comme des sarcomes et qui y ressemblent assez par leur structure pour que les plus habiles s'y trompent. Pour Esmarch, il est beaucoup de syphilomes qui ressemblent à des sarcomes et qui sont justiciables du traitement spécifique. Mais le diagnostic, fort important dans l'espèce, est souvent bien difficile à poser.

Nous allons d'abord indiquer les signes cliniques différenciant la gomme du sarcome dans les cas types, montrer la valeur de ces signes. Dans les cas douteux, nous avons, avant l'intervention, des moyens qui pourront nous éclairer : la biopsie suivie d'examen histologique, la réaction de Wassermann, le traitement d'épreuve. Si l'intervention a eu lieu, l'histologie aidera au diagnostic, évitant de nouvelles

interventions. S'il y a doute, faire la réaction de Wassermann ou le traitement d'épreuve. Les antécédents syphilitiques sont très importants, mais ils manquent bien souvent, cela tient surtout à ce que non seulement la syphilis acquise, mais encore la syphilis héréditaire sont capables d'édifier des sarcomes syphilitiques.

Le sarcome forme une tumeur plus ou moins arrondie, longtemps circonscrite, sauf dans le cas d'ostéosarcome où la tuméfaction est diffuse.

A une période plus avancée, on a parfois un lacis veineux à la surface de la tumeur, une différence de température par rapport aux autres parties du corps. La consistance varie selon l'âge et les points de la tumeur. A côté de points durs, il y a des foyers fluctuants. La douleur, si elle existe, est due à la compression nerveuse. Les ganglions ne sont pas touchés avant l'ulcération sauf dans la variété de sarcome mélanique qui ne prête pas à erreur de diagnostic avec les cas qui nous occupent.

La tumeur ne tarde pas à adhérer à la peau et à l'ulcérer, donnant quelquefois issue à du liquide ou à du pus. Du fond, montent des végétations plus ou moins abondantes, à tendance hémorrhagiques. Ces végétations très abondantes se recouvrent d'un putrilage sanieux et répandent une odeur fétide. Les sarcomes se généralisent par voie sanguine et arrivent rapidement à la cachexie terminale. Au stade d'ulcération, les ganglions engorgés sont dus à une infection secondaire, mais non de nature cancéreuse.

La gomme se présente elle aussi au début comme une tumeur ronde, bien circonscrite, mobile, sauf dans les gommcs diffuses des os longs tels que le fémur. La douleur peut exister dès le début, mais bien souvent la gomme apparaît sans douleur. La gomme crue ne présente pas de réaction inflammatoire en général ni de retentissement ganglionnaire. Elle est rarement unique, mais on a aussi des cas où plusieurs sarcomes coexistent chez un même sujet. On peut observer un lacis veineux sur certaines gommcs, comme dans l'observation VI.

La gomme peut elle aussi, avant son ouverture au dehors, présenter des points d'une dureté très grande et à côté des points fluctuants.

L'ulcération se fait par plusieurs points ou par un point unique, il s'écoule un peu de pus filant et gluant : c'est le bourbillon. Les bords de l'ulcère sont ronds, taillés à pics, la plaie est profonde, le fond recouvert par le bourbillon.

Ordinairement, après détersion, la gomme se cicatrise.

Il reste à s'occuper du diagnostic de l'ostéosarcome des os longs en particulier et de l'ostéomyélite syphilitique. Dans les deux cas, il y a une tumeur, cette tumeur est douloureuse, l'os peut se fracturer ; on peut même voir se développer une ulcération. Il y a cependant des signes particuliers à ces deux affections. Le sarcome des os débute d'ordinaire par des douleurs vives, mais sans exacerbation vespérale caractéristique de la syphilis. La douleur s'exagère par la pression dans le sarcome, la dureté osseuse

est moindre, parfois il y a de la fausse fluctuation. L'évolution du sarcome serait plus rapide ; il y aurait une circulation cutanée très développée, une élévation de la température locale, un retentissement ganglionnaire qu'on n'a pas dans la syphilis. S'il y a fracture, chercher les exostoses syphilitiques et dans le doute donner le traitement d'épreuve qui aide au diagnostic. Dans le sarcome, la tumeur est exaltée par la fracture qui ne se consolide pas. Dans la syphilis, la consolidation se fait par le traitement mixte.

Si la tumeur s'ulcère, le diagnostic est plus difficile. Dans certains cas la radiographie peut rendre des services. Il ne faut pas compter sur la cachexie du malade, car cela se voit dans la syphilis aussi. En somme, dans les cas douteux, c'est au traitement qu'il faut avoir recours.

Dans la gomme osseuse, nous voyons l'os se boursoufler comme dans le sarcome. Dans l'obs. II, la gomme de la clavicule avait produit un boursoufflement de l'os comme dans un sarcome type. Bien plus, macroscopiquement cette tumeur se présentait avec l'aspect d'un sarcome. La récurrence fut aussi cause d'erreur, elle avait tous les caractères de ces sarcomes ulcérés à fond bourgeonnant et saignant, se recouvrant d'un exsudat sanieux.

Ainsi au début, alors qu'on n'a encore qu'une tumeur dure, on ne peut différencier les deux affections. La douleur, si elle a des caractères plus accusés le soir et la nuit, peut être en faveur de la syphilis, mais il y a des exceptions, des cas où la douleur est

absente. L'hyperthermie du sarcome n'est pas un signe de certitude, car la gomme ordinairement aphlegmasique, peut dans certains cas s'enflammer. L'unicité ou la multiplicité des tumeurs, l'état des ganglions ne sont pas des signes de grande valeur.

A la période de ramollissement, la confusion est encore possible. L'ulcération spécifique prenant les caractères du sarcome ulcéré et réciproquement. L'engorgement ganglionnaire, l'état général, ne sont pas des symptômes sûrs.

Ainsi, dans l'obs. I, nous avons une dactylite syphilitique dont l'ulcération avait tous les caractères du sarcome; dans la deuxième observation, deux gommes spécifiques ulcérées simulent tout à fait un sarcome ulcéré, nous n'avons pas ici les caractères de l'ulcère vénérien avec ses bords taillés à pic et son fond bourbillonneux, mais au contraire l'aspect bourgeonnant et sanguinolant de l'ulcère néoplasique, sa marche extensive. Et dans ce cas, on ne trouvait ni du côté du malade ni de sa famille des antécédents vénériens et l'essai infructueux du traitement d'épreuve, trop court il est vrai, avait encore aidé à l'erreur. L'examen histologique a servi de base à un diagnostic sûr confirmé par l'effet du traitement intensif de la vérole.

Dans les observations VIII, IX, XII, XIII, des gommes ulcérées ont causé des erreurs de diagnostic; le traitement d'épreuve essayé en attendant l'intervention montra la nature vénérienne de ces tumeurs. Dans ces quatre derniers cas, il y en avait

un seul où la syphilis était rendue probable par l'apparition d'une gomme pendant l'ulcération du prétendu sarcome.

Comme nous venons de le voir, dans certains cas, les signes subjectifs et objectifs ne fournissent aucun renseignement utile.

Dans les cas où le diagnostic est douteux entre sarcome et gomme, il faut considérer comme suspects de syphilis tous les cas de tumeurs dans lesquels les malades présentent d'autres symptômes de syphilis concomittante ou ont eu la syphilis ou sont hérédosyphilitiques. Il faut attacher une grande importance pratique aux antécédents spécifiques ; mais le malade nie parfois la syphilis, ou bien celle-ci a été bénigne et l'apparition de la tumeur est si loin des derniers accidents syphilitiques, que l'attention n'est pas assez attirée vers cette diathèse cause de l'affection. Bien plus, si dans d'autres tumeurs syphilitiques simulant les épithéliomes, les carcinomes, les squirrhés, on peut encore par les caractères des lésions, l'évolution, la réaction ganglionnaire, arriver à dépister la syphilis, il n'en est plus ainsi dans les sarcomes syphilitiques, où l'aspect extérieur des tumeurs, crues ou ulcérées, le mode et la durée de développement, l'état des ganglions tributaires de la néoplasie sont des signes trop variables pour servir au diagnostic.

D'après Esmarch, il faut tenir pour suspectes de syphilis toutes les tumeurs sarcomateuses qui se développent dans les muscles volontaires, notamment dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien, dans

les muscles de l'abdomen, du dos, des membres inférieurs et de la langue, sur le crâne et le tibia, sur les os courts, omoplate et clavicule. Ce n'est là qu'un signe de présomption, car dans ces mêmes points peuvent se développer de vraies tumeurs malignes. Il est vrai que les gommes syphilitiques musculaires donnent peu ou pas de réaction ganglionnaire ; les ganglions sont rarement gommeux, tandis que dans les sarcomes musculaires si faciles à confondre au premier abord avec des myogommes spécifiques, on a un envahissement des ganglions par un tissu de même nature que le sarcome, adénopathie presque fatale à un certain moment du processus. Mais aussi dans la syphilis, l'infection secondaire peut donner des ganglions. Le meilleur critérium, dans le doute, est le traitement d'épreuve.

Faut-il regarder, avec Esmarch et Delbet, comme d'origine spécifique, tous les sarcomes qui, après extirpation complète, récidivent d'abord lentement, puis à intervalles plus rapprochés ? Ce signe a une certaine valeur si des stigmates de spécificité existent. Ordinairement, les sarcomes véritables sont suivis de récurrence plus rapide.

Plus importante est la constatation sur le malade de stigmates de syphilis héréditaire, d'exanthèmes, de syphilides, d'ulcères, de cicatrices. Elle doit faire instituer le traitement spécifique.

Comme nous pouvons le voir, les signes cliniques ne sont pas suffisants pour faire un diagnostic ferme. Les antécédents ont plus de valeur, ils permettent de soupçonner la nature du mal. On peut objecter

que la syphilis n'exclut pas le sarcome et que les deux affections peuvent coexister chez le même sujet, la diathèse modifiant même les caractères cliniques du sarcome.

Quels sont donc les moyens qui nous permettent d'arriver à un diagnostic ferme ? Ce sont le traitement d'épreuve, l'examen histologique, la réaction de Wassermann.

Nous avons ici deux cas à considérer : dans le premier la tumeur n'est pas ulcérée, dans le second elle est ulcérée.

La tumeur n'est pas ulcérée, on doute de sa nature. Il faut instituer d'emblée un traitement d'épreuve assez intensif et d'assez longue durée quelquefois. Ce traitement « vraie pierre de touche », doit être bien surveillé et suffisamment prolongé, car si, dans le plus grand nombre des cas, son influence est rapide, il en est, comme nous le montre le malade de M. Leriche, qui mis une première fois à l'iodure, puis une deuxième fois à un traitement mixte de huit jours, ne parut pas en bénéficier. Il y a des cas où il doit être prolongé six semaines et plus pour être efficace.

On peut objecter que ce traitement est nocif si l'on a affaire à une tumeur véritable ou que l'amélioration obtenue ne prouve rien en faveur de la nature spécifique de l'affection.

Le traitement mixte est nuisible dans le cas de tumeur vraie où parfois il donne un coup de fouet à l'affection. Il faut alors l'arrêter et agir en consé-

quence. On n'aura pas le regret d'avoir fait une opération inutile, quelquefois nuisible au malade.

On a dit que l'iodure et le mercure étaient capables d'améliorer, de faire croire à la guérison de vraies tumeurs. Il n'en est rien ; après l'amélioration des premiers jours, le mal reprend sa marche fatale. De même nous voyons l'iodure de potassium guérir les douleurs de la syphilis alors qu'il n'a qu'une action éphémère et faible sur les douleurs non spécifiques.

On peut encore, si les antécédents de syphilis ne sont pas connus, faire la réaction de Wassermann, qui, positive, indique ordinairement la syphilis. Elle a évité des interventions en montrant la nécessité du traitement d'épreuve.

Doit-on ponctionner une tumeur pour examiner les produits retirés ? C'est une méthode à rejeter ; on ne peut ajouter une nouvelle cause d'infection.

En pratique, le traitement suffira à trancher le diagnostic.

La tumeur est ulcérée, mais le diagnostic clinique est hésitant. Nous pouvons d'abord prélever une parcelle de tissu et en faire l'examen histologique.

Dans nos observations, nous avons vu que, même sous le microscope, nombre de syphilomes sont pour ainsi dire impossibles à distinguer des vrais sarcomes à petites cellules ou à éléments fusiformes ou à myéloplaxes.

Le diagnostic de sarcome à myéloplaxes a été fait par la constatation des cellules à myéloplaxes alors qu'il s'agissait de syphilis dans les obs. I et II. La

présence des cellules géantes a fait porter le diagnostic de tuberculose. On voit que la gomme syphilitique expose à des surprises histologiques. La constatation de myéloplaxes ou de cellules géantes dans une tumeur, les caractères des vaisseaux doivent faire penser à la vérole et instituer le traitement d'épreuve. D'où en pratique, si on trouve des cellules géantes et des myéloplaxes, ne pas éliminer la vérole.

L'on sait que ces éléments existent dans les lésions spécifiques, comme l'ont montré MM. Nicolas et Favre et avec eux des histologistes de la plus haute valeur, mais en l'état actuel, il n'est pas possible de différencier ces éléments dans les diverses lésions où on les rencontre.

La non constatation de ces éléments dans des lésions douteuses ne doit pas empêcher l'application du traitement d'épreuve qu'on peut faire précéder, si on le peut, d'une réaction de Wassermann qui, dans la majorité des cas, révèle une syphilis latente. S'il coexiste des accidents spécifiques, cette réaction n'est plus nécessaire. Le traitement sera institué et fixera le diagnostic.

En résumé, les antécédents spécifiques ou, à défaut, une réaction de Wassermann positive, chez un sujet porteur d'un sarcome siégeant sur les muscles striés, le crâne, les os courts, clavicule et omoplate surtout, doivent faire instituer le traitement syphilitique qui, dans le cas de guérison, montre qu'il s'agissait d'une tumeur vérolique.

Le traitement d'épreuve est, en définitive, le seul moyen qui permette à tout praticien d'arriver au diagnostic ; la réaction de Wassermann et l'examen histologique sont des moyens qui nécessitent une très grande expérience et qui ne donnent pas la certitude de la nature spécifique de l'affection.

CHAPITRE IV

Pronostic

Le pronostic de ces sarcomes syphilitiques dépend du diagnostic et par suite de la thérapeutique employée. Si le diagnostic fait pencher vers une tumeur maligne, l'opération en est la conséquence bien souvent. Cette intervention est parfois sans suite, mais elle peut causer des dégâts parfois importants, diminuer l'aptitude au travail et causer ainsi un grand préjudice au malade. Si avant d'intervenir, et dans le doute, on a l'idée d'instituer le traitement d'épreuve, le malade ne sera exposé à aucune mutilation. Comme le montrent les cas que nous avons rapportés, ces tumeurs spécifiques ont cédé au traitement et les malades n'ont pas encouru les risques de toute opération si minimes soient-ils.

En somme, le pronostic est bénin si le diagnostic est fait ou si le traitement est institué pour résoudre la question. Dans le cas contraire, le pronostic dépend de l'intervention et de ses résultats.

Il est bon dans le premier cas, à réserver dans le second,

CHAPITRE V

Traitement

En présence de ces tumeurs dont la nature est difficile à établir, malgré l'examen clinique le plus complet, un bon moyen de résoudre le problème consiste à instituer un traitement antisypilitique énergique. « Si le mal guérit sous son influence, c'est qu'il s'agit de lésions syphilitiques, conformément au vieil adage : *Naturam morborum ostendunt curationes.* »

Le traitement d'épreuve sert de « critérium ».

« Mais pour que les résultats qu'est susceptible de donner ce moyen de renseignement aient toute leur valeur, dit M. le Professeur Nicolas, il est nécessaire que ce traitement d'épreuve soit très énergique, intensif, sans quoi il pourrait laisser place au doute. » On institue souvent un traitement incomplet qui expose à une nouvelle cause d'erreur, faisant conclure à la nature non spécifique de lésions ayant résisté à des doses minimales de mercure et d'iodure de potassium, alors que ces mêmes lésions ne tarde-

raient pas à disparaître sous l'influence d'un traitement plus énergique.

Ce traitement doit encore avoir une durée suffisante. Si d'ordinaire, en quelques jours, l'influence se fait sentir, il est des cas, où même un traitement énergique ne donne rien pendant les premiers temps. Il faut pousser la médication jusqu'à un mois et même plus.

Esmarch conseille de continuer le traitement pendant six semaines. Il rapporte un cas, où l'amélioration ne se manifesta qu'à la cinquième semaine du traitement.

En résumé, le traitement doit être intensif, tout en restant dans les limites de la tolérance des sujets, et d'une durée assez longue.

Comme exemple, on peut rapporter le cas d'un malade de l'Antiquaille, porteur de lésions de la cuisse ressemblant beaucoup à des gommes ulcérées et soumis par M. le Professeur Nicolas à un traitement mixte assez intensif. Dans ce cas, avec des doses de 6 centigrammes de biiodure en injections quotidiennes et 10 grammes d'iodure de potassium données successivement, les lésions, loin de rétrocéder, continuaient à s'étendre et l'amélioration ne se montra que par l'association d'injections quotidiennes de 8 centigrammes de biiodure de mercure et 10 grammes d'iodure de potassium.

On est rarement obligé de recourir à une thérapeutique aussi énergique, mais ce cas montre qu'il est parfois nécessaire d'arriver à un traitement plus qu'intensif.

De même, l'obs. II nous montre qu'un traitement d'épreuve de 8 jours n'avait donné aucun résultat. L'intensité et la durée du traitement avaient été insuffisantes.

On peut objecter que dans certains cas on a vu des traitements peu forts et de peu de durée avoir raison des lésions spécifiques. Néanmoins ces cas ne doivent pas faire rejeter un traitement intensif.

Quels sont les médicaments auxquels on a recours dans l'institution du traitement d'épreuve? L'iodure de potassium et le mercure sont les deux remèdes les plus aptes à lutter contre la maladie vénérienne. Doit-on les employer isolément ou les associer? En pratique, l'association de l'iodure et du mercure paraît nécessaire pour juguler les accidents spécifiques tertiaires.

Et comme les tumeurs dont nous nous occupons sont en somme des productions tertiaires, il semble à priori qu'il faille instituer un traitement mixte.

D'abord ces deux agents n'ont pas la même action thérapeutique.

L'iodure de potassium agit sur les syphilis « infiltrées, prolifératives ou dégénératives : c'est un résolutif spécifique admirable des gommes » et par là il est un adjuvant utile du mercure. Il n'agit pas sur le virus syphilitique. Le mercure est le seul qui soit vraiment antispécifique et curateur de la syphilis. Si on peut souvent laisser de côté l'iodure, le mercure est nécessaire.

L'iodure de potassium doit être donné autant que possible en solution aqueuse préparée de façon à ce

qu'une cuillerée à bouche de la solution renferme 1 à 2 grammes d'iodure.

Par exemple la préparation suivante :

Iodure de potassium 20 à 40 gr.

Eau distillée 300 —

Prendre l'iodure de potassium au milieu des deux principaux repas. Ainsi, il se mélange aux aliments, irrite moins le tube digestif. Il faut préférer la solution aqueuse aux préparations où l'on cherche à masquer son goût désagréable en y ajoutant du sirop d'écorces d'oranges amères ou du sirop de menthe et qui sont encore plus désagréables à prendre,

La dose moyenne est de 3 à 5 grammes chez l'homme adulte, 2 à 4 grammes chez la femme par jour. Chez les enfants la dose varie avec l'âge.

On peut cependant arriver peu à peu à 6, 8 et 10 grammes d'iodure par jour; il est inutile de dépasser 10 grammes, d'après l'avis du professeur Fournier, car si cette dose échoue, dit-il, les doses de 20 et 40 grammes ne réussissent pas mieux.

On peut objecter que « l'association de l'iodure de potassium au mercure peut influencer favorablement certaines lésions non syphilitiques et devenir ainsi une cause d'erreur également ». On sait que l'iodure de potassium guérit les lésions sporotrichosiques et peut améliorer et parfois guérir les lésions actinomycosiques. Pour éviter ces causes d'erreur, il faut soumettre ces malades au « seul traitement d'épreuve mercuriel » tout en recherchant le sporotrichum par des cultures dans le premier cas, les grains jaunes dans le second.

« Si le diagnostic hésite entre syphilis et cancer, il ne faut pas oublier que la médication iodurée est capable de donner souvent un véritable coup de fouet au processus cancéreux », après une amélioration courte et trompeuse. « Il faut donc un traitement uniquement mercuriel, ou, si l'on croit l'iodure nécessaire, le donner en surveillant le malade, pour éviter toute aggravation du cancer. »

Nous en arrivons au traitement mercuriel. Sous quelles formes et par quelle voie l'administrer ?

Dans le cas qui nous occupe, il faut une action sûre et énergique. L'absorption par la voie buccale sous forme de bichlorure (liqueur de Van Swieten et pilules de Dupuytren) est insuffisante. L'action est lente et infidèle.

Quant aux frictions avec l'onguent napolitain, elles sont difficiles à faire correctement et sales. Si leur action est parfois active, évite les troubles digestifs, leur pratique expose à de la stomatite et à des accidents cutanés. « En somme, les frictions ne constituent pas une méthode douée d'une efficacité certaine et d'une action rigoureusement réglée. »

Pour obtenir une action certaine, il faut avoir recours à la méthode des injections mercurielles de préparations soit solubles soit insolubles, qu'il faut faire intramusculaires. Les injections hypodermiques sont plus douloureuses et moins actives.

Parmi les préparations solubles, il faut retenir le biiodure et le benzoate de mercure et l'hermophényl.

Le biiodure de mercure s'emploie en solution aqueuse, selon la formule :

Biiodure de mercure 0.04

Iodure de sodium pur et sec 0.05

Eau distillée et stérilisée q. s. pour 2 cent. cubes par ampoule.

La dose moyenne est 0 gr. 01 à 0 gr. 02 par jour ou tous les deux jours, en injection. On peut élever les doses et faire jusqu'à 0 gr. 06 et 0 gr. 08 de biiodure tous les jours.

L'injection est plus ou moins douloureuse, selon les sujets; ordinairement le biiodure est très bien toléré par les malades. « Il est très actif, aussi actif que le calomel, si on le donne à dose suffisante, sans avoir les inconvénients de ce dernier. »

Le benzoate de mercure est préconisé par le professeur Gaucher à la dose quotidienne de 0 gr. 02 qu'on peut, dans certains cas, porter à 3 et 4 centigrammes.

Voici la formule ordinaire :

Benzoate de mercure 1 gr.

Chlorure de sodium chimiquement pur. 2 gr. 50

Eau stérilisée 100 gr.

1 centimètre cube renferme 0 gr. 01 de benzoate. Seulement le chlorure de sodium ramène une partie du benzoate à l'état de chlorure de mercure. Il est moins efficace que le biiodure en général, mais est moins douloureux que ce dernier.

Dans le traitement d'épreuve, il faut donc donner la préférence au biiodure de mercure.

Il est des cas où le biiodure et le benzoate sont mal tolérés, on peut avoir recours à l'hermophényl ou mercure phénol-disulfonate de sodium découvert par MM. Lumière. De nombreux travaux ont montré son efficacité dans le traitement de la syphilis.

M. le professeur Nicolas conseille la solution suivante :

Hermophényl..... 0 gr. 20

Eau distillée stérilisée q. s. pour 2 centimètres cubes pour une ampoule.

On peut injecter 1 centimètre cube à 1^{cmc}.5, soit 0 gr. 10 à 0 gr. 15 d'hermophényl tous les trois ou quatre jours. On peut aller à 2 centimètres cubes ou 0 gr. 20 par injection. Ce médicament n'est pas plus douloureux que les autres sels solubles, il est souvent infiniment mieux supporté et peu toxique. Il offre le grand avantage des injections espacées.

En résumé, les préparations solubles donnent les meilleurs résultats curatifs. Leur action est très intense et même rapide, très supérieure, à dose suffisante, à ce que l'on peut attendre des préparations insolubles et elles sont mieux tolérées que ces dernières.

Avec les préparations solubles, on peut surveiller l'élimination urinaire du mercure par la méthode de Merget et arrêter le traitement dès les premiers signes d'intolérance.

On peut leur reprocher de nécessiter des injections rapprochées, inconvénient diminué, si on emploie l'hermophényl, d'être douloureuses.

Parmi les préparations insolubles, nous avons l'huile grise et le calomel.

L'huile grise s'emploie à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 15 tous les 8 jours. Elle est peu douloureuse, ne demande que des injections espacées. Son peu d'énergie thérapeutique doit la faire rejeter dans le traitement d'épreuve. Son action est trop lente.

Le calomel est préféré par certains syphiligraphes dans le traitement d'épreuve aux autres préparations mercurielles.

Jullien, aux Congrès de chirurgie de 1884, 1892, 1896, lui accorde une action sûre et rapide dans le diagnostic différentiel entre la syphilis et le cancer.

Babinsky, en 1906, dans un compte rendu à la Société médicale des Hôpitaux considère le calomel comme efficace et non dangereux à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par semaine en une seule injection.

Les préparations insolubles n'ont pas l'inconvénient des injections répétées comme pour les préparations solubles, mais elles sont plus dangereuses et dans certains cas moins efficaces.

C'est donc aux sels solubles qu'on accordera la préférence dans le traitement d'épreuve et en particulier au biiodure et à l'hermophényl. Le biiodure sera porté rapidement à la dose de 0 gr. 06 à 0 gr. 08 par jour, s'il n'y a pas d'intolérance. Avec l'hermophényl on peut aller jusqu'à 0.20 par injection deux fois par semaine.

Quant le traitement mercuriel aura montré une action manifeste sur la tumeur, on pourra lui adjoin-

dre l'iodure de potassium s'il n'y a pas de lésions laryngées, pulmonaires, oculaires ou rénales, l'iodure étant très congestif.

Avant l'institution du traitement mercuriel et pendant sa durée, il faut examiner l'urine au point de vue albumine et surveiller l'élimination urinaire du mercure par la méthode de Merget.

Il faut prévenir les complications buccales. Eviter l'irritation due au tabac, à l'alcool et aux aliments épicés.

Faire usage de la poudre dentifrice suivante :

Craie préparée	40 gr.
Poudre de quinquina	10 —
Poudre de savon médicinal...	10 —
Essence de menthe.....	10 gouttes.

Lotions fréquentes de la bouche avec l'eau oxygénée à 12 volumes et neutralisée, étendue de trois quarts d'eau. Si l'eau oxygénée est mal supportée, se servir d'eau chloratée à 2 pour 100.

Localement, que peut-on faire ?

La tumeur n'est pas ulcérée, faire des frictions légères à l'onguent napolitain ou employer l'emplâtre de Vigo.

S'il y a ulcération de la tumeur, il faut prévenir l'infection secondaire. Les lavages à l'eau bouillie suffisent ordinairement. Les lotions au sublimé à 1 pour 1000 sont utiles. On peut panser avec la pommade au calomel à 1 pour 10 ou avec l'emplâtre de Vigo ou de Vidal.

On peut encore aider à l'élimination du mercure en prescrivant des eaux sulfureuses.

Gaucher conseille deux verres d'eau d'Uriage par jour comme adjuvant utile du mercure dont il facilite l'élimination — de plus le soufre a sur l'organisme une action reconstituante.

Il nous reste à dire un mot de la médication arsénicale qui semble devoir occuper une place importante dans le traitement de la syphilis. Si, dans certains cas, les préparations arsénicales font disparaître les accidents syphilitiques elles se montrent par contre inefficaces dans d'autres circonstances. Jusqu'à nouvel ordre, on ne peut, dans l'institution d'un traitement d'épreuve, les préférer au mercure.

Nous pouvons conclure que si le traitement d'épreuve ne donne pas d'amélioration, ou même semble néfaste, on doit céder la place au chirurgien qui fera œuvre utile.

On aura, par ce moyen, évité une opération inutile et obtenu une guérison ordinairement complète dans des cas où la situation du malade était considérée comme grave et quelquefois désespérée.

CONCLUSIONS

1. — La syphilis est capable d'édifier des tumeurs simulant des sarcomes.
2. — L'examen clinique donne peu de certitude. Il faut cependant tenir pour suspectes de syphilis les tumeurs qu'on croit être de nature sarcomateuse, se développant dans les muscles striés, sur les os courts, en particulier le crâne, la clavicule et l'omoplate et celles qui, après intervention, récidivent d'abord lentement, puis de plus en plus rapidement chez un syphilitique ou chez un sujet qui présente une réaction de Wassermann positive.
3. — L'examen histologique n'est pas toujours d'un grand secours. Il ne permet pas toujours de distinguer nettement des infiltrations tertiaires syphilitiques d'avec les sarcomes ou la tuberculose. La présence de cellules géantes ou de myélopaxes n'est un critérium absolu en faveur d'aucune de ces maladies en particulier.

4. — En cas de doute, il faut toujours instituer le traitement d'épreuve qui tranche le diagnostic. C'est le seul moyen d'avoir une certitude sur la nature de la tumeur : c'est la pierre de touche. Ce traitement d'épreuve doit être intensif et surtout mercuriel, se prolonger pendant un mois et même davantage.

Le Président de la Thèse,
NICOLAS

VU :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 28 Novembre 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- ALLIBÉ Jules. — Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées. Thèse de Lyon, 1907.
- NICOLAS. — Traitement des maladies cutanées et vénériennes. Paris (Baillière, 1909).
- BASSET. — Etudes sur les gommes syphilitiques sous-cutanées. Thèse de Paris, 1884.
- BEAUSSARD. — Séro-diagnostic de la syphilis par la réaction de Wassermann. Thèse de Paris, 1908-1909.
- BIRSCH. — Diagnostic facile de la syphilis avec le sarcome (*Centralblatt : für die Wissensch - Medicin*, 9 août 1892).
- BORDEREAU Jules. — Les cellules géantes existent-elles dans les diverses lésions de la syphilis. Thèse de Lyon, 1901-1902.
- CORNIL. — Leçons sur la syphilis par J.-B. Ballière.
- COURRENT. — Etude clinique et histologique du sarcome des os. Thèse de Montpellier, 1885-1886,
- DELBET. — *Traité de chirurgie*, 1897-1909.
- DUNAL. — Syphilis ignorées. Thèse de Montpellier, 1900-1901.

- DURAND-NICOLAS-MOUTOT. — Sur un cas de dactylite syphilitique à forme de tumeur des gaines avec récédive d'apparence sarcomateuse guérie par le traitement syphilitique (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1908, p. 208-214).
- ESMARCH (de Kiel). — Diagnostic des syphilomes et des sarcomes (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1895 et *Revue de Chirurgie*, 1896, p. 250).
- FEULARD. — Syphilis ignorées et méconnues (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1891, p. 34 à 38).
- FROIDURE. — Contribution à l'étude des manifestations musculaires de la syphilis. Thèse de Paris, 1882.
- GAYET. — Gomme du sein simulant un cancer. Réaction de Wassermann positive. Traitement antisypilitique et guérison.
- GANGOLPHE. — Traité des maladies infectieuses et parasitaires des os, 1894.
- HORAUD. — Syphilis et cancer. Thèse de Lyon, 1907.
- KAREWSKI. — Ueber die Bedeutung der Wassermannschen Syphilisreaktion für die Chirurgische Differential Diagnose (*Berliner Klinik Wochenschrift*, 1908, N° 1).
- LE DENTU. — Sur un cas de tumeur syphilitique de la jambe prise pour un sarcome. Guérison par le traitement spécifique (Congrès de Chirurgie, 1889).
- LERICHE. — Utilité de la réaction Wassermann en chirurgie (*Lyon Chirurgical*, 12 juin 1910).
- M^{lle} LEWIN. — Des syphilis méconnues. Thèse de Paris, 1897.
- MACNAMARO. — Clinical lecture in osteo-sarcome. In *Lancet*, 1878.
- MALASSEZ et MONOD. — Tumeurs à myéloplaxes (*Archives de physiologie normale et pathologique*, 1878).

- MARFAN et TOUPET. — Contribution à l'étude histologique des gommes syphilitiques (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1878).
- MAURIAC. — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire. 1883.
- MINDEVILLE. — Quelques considérations sur les tumeurs gommeuses. Thèse de Paris, 1871.
- NICOLAS J. — Volume des maladies infectieuses et parasitaires : Précis de pathologie interne publié sous la direction du professeur Bouchard.
- ROLLET. — Traité des maladies vénériennes.
- ROMME. — Réaction de Wassermann en chirurgie (*Presse médicale*, 1908, N° 40, 1909, N° 19).
- ROYER. — Tumeur gommeuse du front guérie par le traitement spécifique (*Moniteur des Hôpitaux*, Paris, 1909).
- SPILLMANN. — Syphilis osseuse acquise. Nancy, 1909.
- THOMANO DE AMIGIS. — La cellula gigante ed i prodotti syphilitici.
- VERNEUIL. — Mémoire de chirurgie.
- VIRCHOW. — Traité des tumeurs, 1871.
- YVAREN. — Des métamorphoses de la syphilis, Paris, 1858.
- ZEISSL. — Difficulté du diagnostic des affections syphilitiques. L'histologie ne donne rien (*Wiener Medicinische Zeitung*, 1878, N°s 19 et 20).
- WIESS. — De l'origine et de la signification des cellules géantes (*Archives für Path. Anat. und Phys.*).
-

